

प्रमातृत्व हितलाभ दावा के लिए जीवित संतानों के संबंध में बीमाकृत महिला का स्व-घोषणा
SELF DECLARATION OF INSURED WOMAN FOR SURVIVING CHILDREN FOR MATERNITY BENEFIT CLAIM

कर्मचारी राज्य बीमा निगम
EMPLOYEES STATE INSURANCE CORPORATION

नियोक्ता का कूट सं./Employer's Code No-----

बीमाकृत महिला के हस्ताक्षर/ अंगूठे का निशान
Signature or thumb impression
of the insured Woman

बीमाकृत महिला का नाम /Insured woman's Name-----

बीमा संख्या/ Insurance No.-----

नियोक्ता का मोहर एवं हस्ताक्षर
Signature & Seal of Employer

पत्नी/ पुत्री wife/ Daughter of -----

मैं इसके द्वारा घोषणा करती हूँ कि आज की तारीख में मेरी निम्नानुसार जीवित संतान / संताने है।
I do hereby declare that as on date, I have the following surviving child/children.

क्रम सं. / SL No.	संतान का नाम / Name of child	लिंग / Gender	जन्म तिथि / Date of Birth
प्रथम संतान First Child			
द्वितीय संतान Second Child			
तृतीय संतान Third Child			
चतुर्थ संतान Fourth Child			

पुनः, मैं इसके द्वारा घोषणा करती हूँ कि ऊपर दी गई जानकारी सही है। कोई भी जानकारी छुपाई नहीं गई है। अतः, मेरी मातृत्व हितलाभ भुगतान का दावा प्रथम /द्वितीय / तृतीय/ चतुर्थ संतान के लिए स्वीकृत की जाए।

Further, I do hereby declare that information furnished above is true. Nothing has been concealed. Therefore, my claim for payment of Maternity for the first/second/third/fourth—child may be accepted for payment.

दिनांक / Date:

बीमाकृत महिला के हस्ताक्षर/ अंगूठे का निशान
Signature or thumb impression
of the insured Woman

महत्वपूर्ण: कोई व्यक्ति, चाहे अपने लिए या किसी अन्य व्यक्ति के लिए, हितलाभ प्राप्त करने के प्रयोजन से मिथ्या कथन या मिथ्या सूचना देगा, अपने को अभियोजन के लिए जिम्मेदार ठहराएगा तथा 2000/- रुपये तक का जुर्माना या 6 महीने तक का कारावास या दोनों ही दंड दिए जा सकते हैं।

IMPORTANT: Any person who makes a false statement or representation for the purpose of obtaining benefit, whether for herself or for some other person commits an offence punishable with imprisonment for a term which may extend upto six months, or with a fine upto Rs.2000/- or both.